

Et politisk bestillingsverk

Rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter i 2003, men for å få tilgang til substitusjonsbehandling må de gjennom en lang søknadsprosess. Mange leger har henvist pasienter til legemiddelassistert rehabilitering (LAR) for så å oppdage at henvisningen blir arkivert i påvente av en omfattende søknad fra NAV-sosial. Dette er ikke pasientvennlig og bidrar ikke til et godt lege-pasientforhold. Da er det overraskende at forslaget til nye retningslinjer i all hovedsak viderefører dagens praksis.

I 2009 har forslag til forskrift og nye retningslinjer for legemiddelassistert rehabilitering vært til høring (1, 2). Arbeidsgruppen som har revidert retningslinjene har akseptert å arbeide innenfor klare politiske føringer. Den har brukt fire år på utkastet, som i stor grad er en kontinuering av dagens praksis. Jeg er sterkt uenig i deres forslag.

Pasientrettigheter?

Det var en fremtidsrettet og modig politisk beslutning av den forrige regjeringen å gi rusmiddelavhengige pasientrettigheter i 2003. Som en sentral føring har sittende regjering valgt å holde fast ved at et legemiddelassistert rehabiliteringstiltak baserer sine beslutninger om tildeling av substitusjonsmedikamenter (Suboxone, Subutex

og Metadon) på en omfattende søknad fra NAV-sosial. Dette er en fortsettelse av en praksis som var vanlig *før* opiatavhengige fikk pasientrettigheter – og er lite pasientvennlig.

Noen EU-leger har fått en portefølje av pasienter fra Bergen som de forskriver substitusjonsmedikamenter til (3). I tråd med Schengen-lovgivningen drar disse pasientene til EU for å få slike medikamenter. Dette er ofte velfungerende og ressurssterke pasienter som ikke ser seg tjent med veien via NAV. At det ikke finnes et tilbud disse ser seg tjent med innenfor landets grenser, burde være mer enn et tankekor.

Behandling med betingelser

Evalueringen av legemiddelassistert rehabilitering fra 2004, utført på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet, var knusende



Illustrasjon © Jordi Elias/Illustration Works/Corbis/SCANPIX

i sin kritikk (4). Det er derfor merkelig at man politisk har valgt å holde fast ved hovedlinjene i organiseringen av legemiddelassistert rehabilitering. Hovedproblemet med ordningen er at tilgangen til substitusjonsmedikamenter forutsetter en søknad via NAV basert på full åpenhet om en rekke personlige forhold til en rekke ikke-medisinske personer og etablering av en såkalt individuell plan. Det bør selvsagt være slik at det hviler en forpliktelse på NAV til å hjelpe et individ som mangler bolig og aktivitetstilbud – men dette behovet må ikke være en forutsetning for tilgang til substitusjonsmedikamenter. Dagens praksis er bruk av statlige forvaltningsregler i behandling av en sykdom. Den er dermed dømt til å mislykkes.

Ifølge en fersk doktoravhandling har gode boligforhold betydning for rusbrukernes selvbilde og motivasjon for videre rehabilitering (5). Bruken av rushospitser kan føre til en forsterkning av ruskulturen (6). Boligkvalitet er med andre ord avgjørende for rusmisbrukeres rehabilitering og helse. Det kan også trolig argumenteres for at individuelt tilrettelagte aktivitetstilbud på dagtid kan ha en gunstig virkning. Bolig og aktivitetstilbud av høy kvalitet for de som ikke kan skaffe seg dette selv, er et anliggende for NAV.

Skadereduksjon – et annet perspektiv

Et alternativ til tanken om rehabilitering er tanken om skadereduksjon. Skadereduksjon kan ses på som et medisinsk faglig svar til de ulike politiske løsningene som denne pasientgruppen utsettes for. Målet er å redusere de helsemessige konsekvensene av opiatmisbruk. Man mener at en etablert avhengighet til heroin fører til endringer i hjernen hos den avhengige, som vedvarer i lang tid etter at den fysiologiske abstinensperioden har opphørt. Dette anses som en medvirkende årsak til at etablert heroinavhengighet er en kronisk sykdom som bør behandles med substitusjonsmedikamenter. Denne linjen er representert ved organisasjoner som Harm Reduction Coalition, som i New York City bl.a. holder overdosefore-

byggende kurs, deler ut brukerdoser av Naloxone til opiatbrukere, utveksler brukte nåler mot nye samt driver et omfattende informasjonsarbeid.

Skadereduksjonslinjen erkjenner at det i mange tilfeller ikke er opiatene, men de handlinger mange avhengige i desperasjon tyr til som gjør de strafferettslige, helsemessige og sosiale konsekvensene av opiatavhengighet katastrofale. Mange i bevegelsen er opptatt av at det skal være lett tilgang til substitusjonsmedikamenter. Standardiserte medikamenter fra anerkjente produsenter har i seg selv en klart skadereduserende virkning, idet både potens og innhold er i henhold til anerkjente fremstillingsmetoder, i motsetning til det som tilbys illegalt. Strenge regler rundt tilgang til substitusjonsmedikamenter fører til lettere arbeidsforhold for organisert kriminalitet.

En gyllen middelvei?

Fokuset på rehabilitering og individuelle planer kan sikkert ha en hensikt for ressurssterke individer som kan dra veksler på ulike instanser og ha et avklart forhold til disse preget av gjensidig tillit og respekt. For mennesker med et kaotisk liv er veien til legemiddelassistert rehabilitering via NAV ikke den rette. Et lavterskeltilbud med få betingelser og byråkrati vil kunne gi disse en mulighet til et verdig liv. Jeg vil tro at de fleste ser det etisk og moralsk betenkelige i å knytte en rekke betingelser til behandling av sykdom.

Man bør vurdere å endre gjeldende praksis gjennom nødvendige politiske tiltak – og reelt åpne for fulle pasientrettigheter for heroinavhengige. Fastleger bør få hjelpe pasientgruppen til å ta vare på de nyvunne pasientrettighetene i samarbeid med leger i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) uten at det legges hindringer og byråkratiske spissfindigheter i veien. NAV bør kunne tilby egnede boliger og tiltak for de avhengige som trenger hjelp til dette. Avhengige bør slippe å reise til EU-land for å få hjelp for sin avhengighet.

Arbeidsgruppen som har brukt fire år på et politisk bestillingsverk, bør erkjenne

nettopp det. Retningslinjene er ikke kunnskapsbaserte, og gruppens forklaring på hvorfor de har måttet ty til kilder av lavere kunnskapsverdi, bør underkjennes. Denne type faglige gisler bidrar til å opprettholde høye overdosedødsfall og å sende syke mennesker rett i armene på organisert kriminalitet. Det er en skammelig tragedie.

Bengt Eide-Olsen

eide_olsen_bengt@hotmail.com
Stiftelsen Bergensklinikkene Hjeltestad
Flyen 30
5259 Hjeltestad

Oppgitte interessekonflikter: Forfatteren har mottatt reisestøtte fra Schering-Plough som markedsfører Subutex og Suboxone, medikamenter som benyttes i substitusjonsbehandling av narkomane.

Litteratur

1. Høringsnotat. Forslag til forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2009. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00119/H_ringsnotat_-_Fors_119599a.PDF [20.8.2009].
2. Nasjonal retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering ved opioidavhengighet. Høringsutkast. Oslo: Helsedirektoratet, 2009. www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00119/H_ringsutkast_-_Nas_119609a.PDF [20.8.2009].
3. Mjør K, Sveta HO. Drar til Belgia for å bli rusfrie. Bergens tidende 10.5.2009. www.bt.no/nyheter/lokalt/Drar-til-Belgia-for-aa-bli-rusfrie-844354.html# [5.10.2009].
4. Vindedal B, Steen LE, Larsen B et al. Evaluering av legemiddelassistert rehabilitering. Evalueringsrapport. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2004. www.rusmiddeletaten.oslo.kommune.no/get-file.php/Rusmiddeletaten/Internett/Dokumenter/rapport/sentralt/aim%20evaluering%20av%20legemiddelass.pdf [20.8.2009].
5. Hauge ÅL. Housing and identity: the meaning of housing in communicating identity and its influence on self-perception. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for byggekunst, prosjektering og forvaltning, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2009.
6. Flåto M. Dette huset er ikke som alle andre hus. En sosiologisk fortolkning av samhandling i et hybelhus for bostedsløse rusmiddelbrukere. Masteroppgave. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 2008.

Manuskriptet ble mottatt 2.8. 2009 og godkjent 15.10.2009. Medisinsk redaktør Siri Lunde.